Aspect Médico-Légal

des

Dermatoses dues aux Ciments

(Maladie Professionnelle N° 8)

1962

A. COSTES
Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et d'Action Sanitaire et Sociale

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

ASPECT MÉDICO-LÉGAL DES DERMATOSES DUES AUX CIMENTS

(Maladie Professionnelle N° 8)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Marseille

le 23 Janvier 1962

PAR

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COSTES Alain

Né le 9 janvier 1937 à Caudéran (Gironde)

Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et d'Action Sanitaire et Sociale

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	M. le Professeur MOSINGER	*Président*
	M. le Professeur SAUTET	
	M. le Professeur DESANTI	*Assesseurs*
	M. le Professeur TEMIME	
	M. le Professeur JULIEN	

IMPRIMÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS RENÉ GUIDOTTI
92, Rue Breteuil - Marseille

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0049

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : G. MORIN — *Assesseurs :* J. DELPHAUT et J. LAMY
Secrétaire principal : P. MOUCHET — *Bibliothécaire :* M^lle^ PERRIN
Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

MM. AUDIBERT, BREMOND, JOYEUX, MOIROUD, MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, DE VERNEJOUL.

Professeurs

Anatomie	MM. GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITSKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	N....
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique des Maladies nerveuses	CREMIEUX
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des Maladies des Voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique stomatologique	MARONNEAUD
Clinique urologique	N....
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du travail	MOSINGER

Parasitologie	MM. RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	MONGES H.
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des Voies respiratoires	LAVAL
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaire

MM. ROUX
GREBUS
MERCIER J.

Maîtres de Conférences agrégés

MM. BOURRET
BERNARD P.
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
PASTOR
PAYAN
CORRIOL
CRISTAU
GEVAUDAN
STAHL
ARDISSON
BARET
COURBIER
GHIGLIONE
MURATORE
RICHELME
TAMALET
VITRY
ZWIRN

Agrégés en exercice

MM. SERMENT
CHARPIN
CHAUVIN
DEVIN
MOUREN
ORSINI
BERARD
BONNAL
COMITI
DALMAS
FARNARIER
GERARD
LEGRE
REBOUD
SARLES
SIMONIN
TEMINE
TRIFAUD
BOUDOURESQUE
BREMOND
CARCASSONNE M.
CARCASSONNE Y.
CASANOVA
COIGNET
GASCARD
JEAN
JULIEN
LACHARD
MICHOTEY
MONGIN

Agrégés libres

MM. BERTHIER
IMBERT
FIGARELLA
OLLIVIER
OURGAUD
BERNARD R.
GRANJON
PAOLI

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

M. TARANGER

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS PASCALE ET ERIC

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur MOSINGER

Il nous a fait l'honneur de présider ce Jury. Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur SAUTET

Qu'il nous soit permis de le remercier d'avoir accepté de siéger dans notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé DESANTI

Malgré ses multiples activités, il nous a toujours accueilli avec bienveillance.

Son aide nous a été précieuse pour l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Agrégé TEMIME

Externe dans son service, nous y avons toujours trouvé un accueil bienveillant.

Pour l'enseignement qu'il continue à nous prodiguer, pour sa compréhension, qu'il reçoive ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé JULLIEN

Il a bien voulu s'intéresser à ce travail et nous donner d'utiles conseils.

Qu'il reçoive ici nos remerciements.

A Monsieur le Docteur BONNET

Dermatologiste des Hôpitaux

C'est lui qui nous a initié à la Dermatologie. Pour la compréhension et la gentillesse dont il a toujours fait preuve à notre égard, nous lui exprimons notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé CALAS

En signe de respectueuse amitié.

A mon Ami le Docteur PRIVAT

Chef de clinique

Il m'a toujours soutenu au cours de ma carrière hospitalière. Qu'il soit assuré ici de ma reconnaissance et de mon amitié.

A TOUS MES AMIS DE LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

A L'ASSOCIATION DES SERVICES MEDICAUX

DU TRAVAIL

DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS

Travail réalisé grâce à l'aide financière de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale

INTRODUCTION

La maladie professionnelle n° 8, ou plutôt les différents aspects de cette maladie :

« dermites primitives et pyodermites,
dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment) »,
ont fait et continuent de faire l'objet de nombreux travaux.

On sait l'importance de la maladie professionnelle n° 8 parmi les dermatoses professionnelles :

— pour Jaeger : 25 % des dermatoses professionnelles sont dues aux ciments ;

— pour Tara : 21 % des dermatoses professionnelles sont dues aux ciments ;

ce qui représente donc 1/5 à 1/4 des dermatoses professionnelles.

On sait aussi que la maladie professionnelle n° 8 présente un certain nombre de particularités :

Particularités cliniques

En effet, le terme « maladie professionnelle n° 8 » englobe toute une série de manifestations causées par le contact des ciments, qu'il s'agisse de lésions orthoergiques pures ou d'eczéma véritable par sensibilisation.

Particularités étiologiques

— Si tout le monde est d'accord pour admettre le rôle favorable de certains facteurs banaux :

traumatismes répétés,
érosions,
eau, froid, gerçures,
macération, transpiration ;

— Si tout le monde admet également le rôle favorable de l'alcalinité des ciments comme agent agresseur de la peau ;

— Le rôle des sels de chrome en tant que facteur sensibilisant n'est pas encore admis par tous les auteurs, malgré les travaux démonstratifs de Jaeger, qui lui-même avait repris une idée de Pirila et Kilpio, travaux eux-mêmes souvent confirmés depuis par de nombreux chercheurs.

Particularités de terrain

L'influence de l'âge du sujet est manifeste, ou plutôt l'influence du temps d'exposition au contact du ciment. S. Tara (Lille, 10 et 11 juin 1955) a montré que les cas d'eczéma aux ciments se manifestent, dans leur majorité, soit au cours de la première année de contact, soit après des années de contact en apparence anodin mais en fait sensibilisant.

Particularités évolutives

La chronicité, la fréquence des récidives et des rechutes sont une des caractéristiques de cette affection.

Particularités thérapeutiques

Plus exactement, absence de prophylaxie. A l'heure actuelle, aucun des nombreux essais de prophylaxie ne s'est montré efficace, que ce soit la lutte contre les traumatismes (port de gants, pâtes isolantes avec ou sans silicones) ou la lutte contre l'alcalinité des ciments (savons acides), et ce pour des raisons essentiellement pratiques.

De même, la désensibilisation au bichromate de potassium, associée ou non à une désensibilisation microbienne, n'a pas encore fait ses preuves. Le praticien, s'il sait guérir (et encore sous réserve d'une récidive) la « maladie du ciment », ne sait pas encore prévenir l'apparition de ce véritable fléau social.

Depuis P. Boulin (1908), très nombreux sont les travaux portant sur la clinique, l'étio-pathogénie et le traitement de la maladie professionnelle n° 8. Citons entre autres, car ils furent le point de départ d'une polémique qui dure encore, les travaux de Jaeger qui rejetait sur le chrome la responsabilité des eczémas aux ciments.

Mais si les chercheurs sont nombreux à s'être intéressés à l'aspect médical de la question, le côté social semble avoir été relativement délaissé. Et pourtant, c'est un problème social qui se pose le plus souvent avec acuité au médecin sollicité par une clientèle forte de son bon droit, mais qui ignore en général les limites de ces droits.

Quel est souvent l'embarras d'un praticien lorsqu'il s'agit pour lui de définir la situation médico-légale de son client, quand il s'agit de savoir s'il doit le déclarer « guéri » ou « consolidé » (avec toutes les conséquences que cette décision comporte), ou même de savoir s'il doit lui faire reprendre son métier avec risque de récidive ou lui conseiller de changer de profession, par exemple...

Sous la conduite du Professeur Agrégé P. Témime, la Clinique Dermatologique de l'Hôtel-Dieu a continué les travaux du regretté J. Charpy sur les dermatoses dues aux ciments.

Privat et Llucia notamment, dans leurs Thèses respectives, se sont penchés sur l'allergie aux sels de chrome.

Quant à nous, il nous a paru intéressant d'examiner le côté social du problème, en étudiant plus particulièrement ce que représente cette affection pour l'ouvrier qui en est victime, et quelles sont les possibilités légales du médecin traitant en face d'un tel sujet.

LE MÉDECIN
ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE N° 8

Nous envisagerons, dans ce chapitre, ce qu'est amené à faire, chronologiquement, le médecin devant un cas de dermatose professionnelle due aux ciments.

LE DIAGNOSTIC

Nous serons bref sur ce point, car là n'est pas l'objet de cette étude. Néanmoins, nous envisagerons les principales bases de diagnostic, tant cliniques que paracliniques.

A) Bases cliniques

C'est en fait l'aspect le plus important, bien que de nombreux praticiens aient tendance (à tort croyons-nous) à le négliger, pour se tourner vers les résultats des tests cutanés.

• *L'anamnèse* est, bien sûr, capitale. Elle doit porter sur trois points :

— enquête professionnelle :

date du premier contact avec le ciment ;
arrêts de contact éventuels et leur cause ;
poste de travail et conditions de manutention ;
produits manipulés ;
toilette professionnelle et produits employés ;

— enquête extra-professionnelle :

hygiène, toilette, cosmétiques ;
travaux extra-professionnels ;
thérapeutiques éventuelles ;

— antécédents : cutanés et autres.

• *L'aspect clinique des lésions* nous arrêtera un instant. Il est classique d'opposer les lésions de type allergique et les lésions de type orthoergique, en admettant que ces deux types de lésions peuvent s'intriquer. Le facteur surinfection et sensibilisation secondaire microbienne (ou autre) est lui aussi reconnu.

Légalement, la maladie professionnelle comprend les :

« dermites primitives et pyodermites,

« dermites secondaires eczématiformes »

survenant au cours de travaux susceptibles de provoquer ces affections, c'est-à-dire : « fabrication, manutention et emploi du ciment ».

C'est à ce sujet que nous voudrions dénoncer l'interprétation restrictive que font certains de cette définition, ne considérant comme maladie professionnelle que les véritables eczémas, alors que des lésions orthoergiques banales, une simple hyperkératose fissuraire, doivent valoir à leur victime les droits ouverts par la maladie professionnelle.

De même, de nombreux médecins refusent le bénéfice de la maladie professionnelle à des malades porteurs de lésions à topographie atypique (membres inférieurs en particulier).

D'autre part, si la deuxième partie de la définition légale : « au cours de la fabrication, manutention ou emploi du ciment » ne pose pas de problèmes lorsqu'il s'agit (et c'est le plus fréquent) d'ouvriers du bâtiment ou des cimenteries, on a parfois des difficultés à faire admettre l'origine professionnelle de cette affection, lorsqu'il s'agit de malade ayant, occesionnellement, manipulé du ciment au cours de son travail.

B) **Bases paracliniques**

L'usage des tests cutanés, dans le cadre des dermatoses du ciment, est universellement reconnu, mais il appelle quelques réserves que nous rappellerons ici.

- *Les tests aux ciments.*

Logiquement, ce sont eux qui devraient être les plus précieux. En fait, ils présentent plusieurs inconvénients :

— Tout d'abord, on sait qu'un sujet peut répondre positivement à un test à un ciment A et répondre négativement à un test à un autre ciment B. Pour que les tests aux ciments puissent avoir quelque valeur, il faut tester le sujet à tous les ciments qu'il manipule et dans les conditions où il les manipule.

— D'autre part, un sujet peut très bien être atteint de maladie professionnelle n° 8 sans être pour cela sensibilisé aux ciments.

— Enfin, même chez des sujets indiscutablement sensibilisés aux ciments, les tests peuvent parfois se révéler désespérément négatifs, sans que l'on ait pu encore expliquer ce phénomène.

• *Les tests aux sels de chrome.*

En l'occurrence, il s'agit du bichromate de potassium (rappelons que le rôle de ces sels de chrome dans l'eczéma aux ciments n'est pas admis par tous les auteurs).

Trois techniques peuvent être employées :

— soit Patch test : simple apposition sur la peau de l'allergène que l'on enlève après 48 heures ;

— soit Scratch test : même procédé après scarification au vaccinostyle, ou grattage de la peau ;

— soit épi-cutanéo-réaction de Pautrizel : quadrillage à l'aide d'un vaccinostyle de scarifications rapprochées et superficielles de 2 cm^2 environ et application de l'allergène.

La lecture se fait 48 heures plus tard ; pour déclarer positive une réponse, on exige au minimum les critères suivants : réaction érythémato-papuleuse et prurigineuse, érythème simple avec prurit (localisable par le sujet). L'allergène habituellement utilisé est une solution de bichromate de potassium employé en échelle aux dilutions : 1/100, 1/500, 1/1.000, 1/5.000, 1/10.000, 1/50.000, 1/100.000.

Mais là aussi, outre que la maladie professionnelle n° 8 peut ne pas être une sensibilisation véritable, il n'est pas exceptionnel, bien que cela soit rare, de voir un authentique eczéma présenter des tests négatifs.

On n'insistera jamais assez sur le fait que :

— c'est après un examen clinique et éventuellement une enquête allergologique que l'on peut poser un diagnostic de maladie professionnelle n° 8.

— la positivité des tests au bichromate ou aux ciments n'est absolument pas exigible pour que soit reconnue professionnelle une dermatose des ciments. La positivité des tests n'est obligatoire que pour certaines maladies professionnelles (streptomycine et ses sels, chlorpromazine...).

Bien qu'il n'y ait pas si longtemps on ait proposé de refuser toute maladie professionnelle n° 8 non accompagnée de tests positifs, le refus en ce cas par certains médecins est une position qui ne repose sur aucune base médicale, ni d'ailleurs sur aucune base légale.

Faire le diagnostic de l'eczéma du ciment est nécessaire, mais il est un autre diagnostic que peut établir le praticien. C'est un « diagnostic psychologique » qui lui permet parfois de prévoir les grandes lignes de l'avenir du sujet qui lui fait face.

Selon la « personnalité » du sujet — ouvrier qualifié ou simple manœuvre, travailleur sérieux ou « fumiste », victime « consentante » ou désolée — il lui est en général aisé de prévoir si les rechutes seront précoces, ou nombreuses, ou si la guérison ne sera pas retardée par quelque aggravation d'origine inexpliquée (mais pas toujours inexplicable !).

Mais il s'agit là d'une classification toute subjective et « personnelle » qui ne doit absolument pas entrer en ligne de compte dans l'établissement du diagnostic clinique de la maladie professionnelle n° 8.

UNE FOIS ÉTABLI LE DIAGNOSTIC

A) Les certificats

Le praticien doit remettre à la victime un certificat médical constatant sa dermatose : c'est le « certificat initial ».

« Le praticien (médecin traitant ou médecin du travail) établit en triple exemplaire et remet à la victime un certificat indiquant la nature de la maladie, notamment les manifestations mentionnées au tableau et constatées, ainsi que les suites probables. Deux exemplaires doivent accompagner la « déclaration de maladie professionnelle » faite à la Caisse par la victime. » (Art. L 449 du Code de la S.S.)

« Une copie de la déclaration de maladie professionnelle et un exemplaire du certificat médical initial doivent être transmis « immédiatement » par la Caisse Primaire à l'Inspecteur du Travail chargé de la surveillance de l'entreprise dans laquelle a eu lieu l'exposition au risque, ou, le cas échéant, au fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale. » (Art. L 449 Code S.S.)

Il faut insister sur la nécessité qui incombe au praticien de décrire minutieusement les lésions qu'il constate. Ce premier certificat médical peut en effet avoir dans l'avenir une importance considérable pour la victime.

B) L'arrêt de travail

Le praticien doit décider de la nécessité ou non d'un arrêt de travail. C'est là une question d'appréciation personnelle, pour laquelle il n'y a pas de critères.

Quant à la durée de cet arrêt de travail, elle est elle aussi laissée à l'appréciation du médecin ; rappelons à ce sujet que, pendant les 28 premiers jours de cet arrêt de travail, la victime touchera une indemnité journalière égale à son demi-salaire, laquelle indemnité sera élevée à la valeur des deux tiers du salaire pour les jours supplémentaires.

C) Le problème des honoraires

C'est un aspect de la question qu'il peut paraître trivial d'aborder ici ; néanmoins, c'est là un problème qui se pose souvent en pratique journalière.

Deux cas peuvent se présenter :

— soit, et c'est le plus fréquent, le patient se présente avec déjà sa « feuille jaune » de maladie professionnelle. Il n'y a pas alors de difficulté et, comme pour tout ce qui est accident du travail ou maladie professionnelle, le praticien se contente de conserver le volet de la feuille qui lui est destiné. Il sera ensuite honoré par la Sécurité Sociale.

— soit, la victime ne possède pas encore de feuille jaune. C'est alors à elle, après avoir honoré le praticien, à se faire rembourser par la Sécurité Sociale, au titre de la maladie professionnelle.

Ce n'est pas à l'occasion de cette première consultation que des difficultés « légales » se présentent au praticien. C'est par la suite, à l'occasion de l'évolution (vers la guérison ou non) de l'affection. Ces difficultés, nous allons essayer de les envisager ci-dessous.

GUÉRISON, CONSOLIDATION ET REPRISE DU TRAVAIL

A) Définitions

« La guérison est la disparition des lésions traumatiques ou morbides occasionnées par l'accident. Elle ne laisse donc subsister aucune incapacité permanente qui serait la conséquence de l'accident considéré (sous réserve bien sûr des rechutes toujours possibles, car la guérison n'est jamais qu'une guérison apparente). »

Notons tout de suite quel problème peut se poser dans les cas (relativement fréquents) où la victime, après quelques rechutes, se trouve une nouvelle fois guérie, médicalement parlant, après un arrêt de travail. Le médecin sait pertinemment, mais « subjectivement », qu'une reprise du travail entraînera à plus ou moins brève échéance une rechute qui diminuera les capacités de travail de la victime et provoquera peut-être un nouvel arrêt de travail. Peut-il, dans ce cas, parler de « guérison » au sens propre du terme ? Objectivement les lésions ont disparu, mais il existe une « potentialité » d'incapacité permanente partielle qui justifierait pour la victime le bénéfice d'une rente pour I.P.P. Or cette rente n'est attribuable que s'il y a eu « consolidation », ce qui ne peut être le cas ici puisque les lésions ont disparu. En effet, légalement, la consolidation est définie par : « le moment où, à la suite de l'état

transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe, nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve des rechutes et révisions possibles ».

B) **Reprise du travail**

En ce qui concerne la reprise du travail :
— quand doit-elle avoir lieu ?
— le malade doit-il reprendre son métier, au risque de se trouver à nouveau au contact de l'agent eczématisant ?

1° *Quand doit-il reprendre le travail ?*

C'est encore là une question d'appréciation de la part du médecin qui doit toujours penser que, lorsqu'un malade est en arrêt de travail pour maladie professionnelle, d'une part il gagne moins d'argent que lorsqu'il travaille, d'autre part il est à la charge de la société.

Nous pensons utile de rappeler ici que : « la reprise du travail, qui suppose la cessation de l'état d'incapacité temporaire, peut intervenir alors que des soins sont encore nécessaires et précéder par conséquent la consolidation ou la guérison ».

2° *Doit-il reprendre le même métier ?*

— Argument contre : il est indiscutable que, d'une façon générale, un sujet sensibilisé à une substance fait une réaction lorsqu'il est à nouveau en contact avec cette substance. En ce qui concerne les eczémas aux ciments, il n'est que trop évident, en voyant certains malades traîner de récidives en rechutes, d'arrêt de travail en arrêt de travail, qu'un changement de profession serait le seul traitement valable et définitivement curatif !

— Arguments pour la reprise du métier :

• L'eczéma aux ciments, si il représente pour la victime un désagrément certain, ne présente aucun danger vital. Une rechute, ou même une aggravation de l'état du sujet ne mettra jamais sa santé en danger.

Ce qui serait impensable dans d'autres professions (travail en atmosphère toxique par exemple), c'est-à-dire une reprise du contact avec l'agent agresseur, peut parfaitement s'effectuer dans le cas de la maladie professionnelle n° 8.

Même si l'on considère que le chrome a un rôle important dans l'eczéma du ciment, ce chrome se trouve à des doses

infinitésimales (de l'ordre du mg/kg) et n'a pas d'action « toxique » sur l'organisme du sujet.

• Un sujet, atteint d'eczéma du ciment, guéri et reprenant son travail, ne rechute pas obligatoirement. C'est ainsi que Hunziker et Musso (Genève) ont suivi dix-sept maçons atteints d'authentique eczéma du ciment et ayant continué à travailler dans le ciment : huit ne montrent plus aucune lésion d'eczéma, neuf souffrent d'un eczéma au niveau des mains (d'ailleurs si peu important qu'il permet au malade de continuer son travail avec du ciment).

• Même s'il y a récidive, elle peut ne pas empêcher la victime de continuer son métier, ce qui représente pour elle un avantage tant moral que financier très important.

Nous avons étudié, à la Clinique Dermatologique de l'Hôtel-Dieu, les dossiers des « cimentiers » (ce terme pris au sens le plus large : ouvrier en contact avec le ciment) suivis régulièrement à la consultation hebdomadaire consacrée à la maladie professionnelle n° 8.

Disons tout de suite que nous nous sommes heurté à des difficultés concernant ces observations, difficultés tenant aux faits que :

— il y a peu de temps, relativement, que ces malades sont suivis de près et de façon régulière au titre de la maladie professionnelle (1957).

— les maçons et les ouvriers du bâtiment en général forment une corporation essentiellement cosmopolite et migratrice.

— il arrive souvent que le malade, une fois guéri, ne reparaisse plus à la consultation, tout au moins durant un temps assez long.

C'est pourquoi, ne voulant utiliser que des observations de sujets suivis pendant au moins un an, et régulièrement (nous insistons sur la régularité des visites que passent ces sujets, quel que soit leur état cutané), nous n'avons retenu que dix-huit observations.

Ces dix-huit sujets ont été suivis pendant un minimum de douze mois ; en fait, la moyenne de la durée d'observation a été de dix-neuf mois.

Nous avons additionné ces mois d'observation, de façon à obtenir en quelque sorte un « total absolu » des mois d'observation ; nous arrivons ainsi à un total de 347 mois.

Ces 347 mois « absolus » se partagent en :
71 mois d'arrêt de travail,
276 mois de travail effectif,

soit 21 % du temps passé en arrêt de travail, contre 79 % de travail.

Les cas extrêmes : travail = 22 mois sur 22
arrêt = 13 mois sur 25
9 mois sur 13

Que conclure de ces chiffres ?

1° La maladie professionnelle n° 8 est une affection donnant souvent lieu à des rechutes ;

2° Il est indiscutable qu'une partie des victimes de cette affection devient inapte à exercer d'une façon régulière son métier ;

3° Il est non moins indiscutable qu'une autre partie des victimes de cette maladie peut continuer son métier d'une manière satisfaisante ;

4° Une surveillance médicale régulière n'empêche pas forcément une rechute.

C'est pourquoi il semble, comme l'on ne peut préjuger de l'avenir, que l'on doive laisser à un sujet guéri d'une première atteinte de la maladie professionnelle n° 8 la chance, même si elle est relativement minime, de reprendre le métier pour lequel il est qualifié.

C) **Du point de vue légal**

Le praticien doit établir, et remettre à la victime, un « certificat de guérison » attestant la guérison des lésions et fixant la date de la reprise du travail.

ULTÉRIEUREMENT

C'est après la guérison d'une première atteinte et la reprise du travail que se posent certains problèmes.

Deux éventualités peuvent se produire :

- ou bien l'intégrité persiste : dans ce cas, pas de problème.
- ou bien la maladie récidive : dans ce cas, après avoir établi un « certificat de rechute de maladie professionnelle », le praticien peut être amené à :

1° Soit établir, en son temps, un nouveau certificat de guérison. L'établissement de ce certificat ôte, par définition, tout espoir à la victime d'une rente pour incapacité permanente partielle.

De plus, à l'occasion d'une ultérieure récidive, cette solution entraînera l'obligation de refaire toutes les formalités administratives, ceci ayant pour conséquence une perte de temps pour la Sécurité Sociale comme pour le praticien et un désagrément pour la victime.

2° Soit établir un certificat de consolidation avec ou sans demande, malgré la reprise du travail, du bénéfice des soins gratuits au titre de la maladie professionnelle, pour une période déterminée. La consolidation, en effet, n'entraîne pas la suppression des avantages de la maladie professionnelle :

« Aucune disposition de la loi ne limite, dans le temps, l'attribution des prestations relatives aux soins, périodiques ou constants, nécessités par le traitement de la victime. » (Circulaire ministérielle 209 S.S. du 16 septembre 1949.)

De plus, ce certificat de consolidation est indispensable pour l'obtention éventuelle d'une rente pour incapacité permanente partielle.

3° Soit n'établir aucun certificat terminal, que ce soit de guérison ou de consolidation. La durée de la maladie professionnelle n'est en effet pas limitée dans le temps.

Il suffit au praticien d'établir un certificat attestant que la victime, atteinte de maladie professionnelle n° 8, peut reprendre son travail, mais doit continuer à bénéficier des soins au titre de la maladie professionnelle, ce pour une durée *x* renouvelable si besoin est.

Cette solution a l'avantage, tout en permettant au malade de continuer à bénéficier des prestations dues à la maladie professionnelle malgré la reprise du travail, de simplifier au maximum les rapports administratifs entre le praticien et la Sécurité Sociale.

CONSÉQUENCE POUR LA VICTIME

Comme tout accident de travail ou maladie professionnelle, la maladie professionnelle n° 8 bénéficie d'une réparation par la Sécurité Sociale, réparation qui est à la charge de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale à laquelle la victime est affiliée. Nous allons envisager ici les diverses modalités de cette réparation.

Signalons tout de suite, en ce qui concerne l'ouverture des droits, que l'article 70 de la loi du 30 octobre 1946 (art. L 495 du Code S.S.) dispose que : « En ce qui concerne les maladies professionnelles, la date de la première constatation médicale de la maladie est assimilée à la date de l'accident. »

LA DÉCLARATION

L'article L 449 (1er alinéa) du Code de la S.S. dispose que toute maladie professionnelle dont la réparation est demandée au titre de la législation en vigueur doit être, par les soins de la victime, déclarée à la Caisse Primaire dans un délai de quinze jours qui suivent la cessation du travail, même si elle a déjà été portée à la connaissance de la Caisse en application de la législation des assurances sociales.

Il est à noter qu'aucune déchéance ne sanctionne la non-observation du délai de la quinzaine.

D'autre part, une maladie professionnelle ne peut être déclarée comme telle qu'autant que son caractère aura été décelé, soit par le médecin traitant, soit par le médecin du travail, soit par le médecin-conseil de la Caisse.

La déclaration de maladie professionnelle doit être faite par la victime au moyen d'un imprimé spécial, établi en triple exemplaire (art. 140 RICP), dont le modèle, portant la référence S.6 100, est annexé à l'arrêté du 30 novembre 1946 (*J.O.* 11-12).

Le certificat médical complétant la déclaration est établi sur imprimé modèle S.6 901 également annexé au même arrêté. Sur les trois exemplaires, deux doivent être joints à la déclaration.

Les Caisses de Sécurité Sociale tiennent ces imprimés à la disposition des intéressés (malades et médecins).

LES PRESTATIONS

A) Dans tous les cas

Qu'il y ait ou non arrêt de travail, la victime est prise en charge intégralement par la Sécurité Sociale et bénéficie de la gratuité des soins et des médicaments, qui lui sont délivrés sans avance préalable.

A cet effet, la victime doit se munir d'une « feuille jaune » d'accident de travail. Cette feuille jaune comporte trois volets, destinés respectivement :

— à la victime (qui la remettra en temps utile à la Caisse Primaire de Sécurité Sociale),
— au pharmacien,
— au praticien.

La feuille jaune est remise à la victime, soit par son employeur, soit directement par la Caisse Primaire. Dans ce dernier cas, les mentions relatives à la victime, à l'employeur et à la maladie doivent être portées par la Caisse qui doit, en outre, mentionner que la feuille a été délivrée par elle. En effet : « le praticien ne peut prendre en considération, pour l'octroi de soins à la victime sans paiement d'honoraires, qu'une feuille correctement établie et comportant toutes les indications indispensables ». (*Bull. Jur.*, 38-57, E2, A.T. jaune.)

B) **En cas d'incapacité temporaire entraînant un arrêt de travail**

« une indemnité journalière est due à la victime pendant la période d'incapacité temporaire qui l'oblige à interrompre son travail. Cette indemnité est à la charge de la Caisse Primaire à laquelle la victime est affiliée ». (Art. 44, loi du 30 octobre 1946 ; Code S.S., art. L 434 et L 435.)

« une indemnité journalière est payée pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison, soit la consolidation ». (Art. L 449, Code S.S.)

1° *Calcul de l'indemnité.*

« Jusqu'au 28e jour inclus après celui de l'arrêt de travail, l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire de référence déterminé. A partir du 29e jour, elle est portée de la moitié aux deux tiers du même salaire. » (Art. 46 ; Code S.S., art. L 449.)

Remarquons tout de suite à ce sujet combien il est plus intéressant, financièrement parlant, pour un ouvrier en maladie professionnelle de subir (ou de bénéficier de) un arrêt de travail prolongé, plutôt que plusieurs arrêts courts et rapprochés. Une reprise du travail prématurée, suivie de rechute, a des conséquences financières qu'il faut prendre en considération lorsque l'on fait reprendre le travail à un ouvrier non complètement guéri et risquant une rechute à plus ou moins brève échéance.

D'autre part :

« Pour le calcul de l'indemnité journalière, le salaire déterminé à prendre en considération est celui de la période correspondant au montant :

— de la dernière, des deux dernières ou des quatre dernières payes antérieures à l'arrêt de travail, si le salaire ou le gain est réglé mensuellement, deux fois par mois, toutes les deux semaines ou chaque semaine ;
— des payes afférentes au mois antérieur à la date de l'arrêt de travail si le salaire ou le gain est réglé journellement ou à intervalles irréguliers, au début ou à la fin d'un travail. »

Ce mode de calcul de l'indemnité journalière est mis à profit, de façon assez fréquente d'ailleurs, par des esprits inventifs : certains ouvriers, en début de poussée d'eczéma, se gardent bien de faire une déclaration de maladie professionnelle ou alors se refusent à cesser le travail. Au contraire, ils font un maximum de travail, avec si possible de nombreuses heures supplémentaires, afin d'augmenter la valeur du salaire de référence. Lorsque le temps de référence est écoulé, leurs lésions étant suffisantes, ils vont consulter un autre médecin qui, immédiatement et en toute bonne foi, leur « inflige » un arrêt de travail qu'ils supportent fort allègrement. Si l'on considère que le simple manœuvre maçon gagne la somme de 182 francs de l'heure, que le maçon qualifié gagne au minimum 260 francs, que les heures supplémentaires sont (en principe) payées double, on constate que l'ouvrier qui « a su y faire » peut vivre assez longtemps sans travailler et sans avoir envie de reprendre son travail. Et encore, nous ne faisons pas entrer en ligne de compte le « travail noir » qui complète la rente journalière versée par la Sécurité Sociale.

2° *Paiement de l'indemnité.*

L'article 31 du Règlement intérieur modèle des Caisses Primaires (arrêté du 8 juin 1951 modifié *J.O.* 2 et 3-7) précise :

« Le règlement des indemnités s'effectue au moins deux fois par mois pour les accidents donnant lieu à une incapacité temporaire supérieure à quinze jours, sans que l'intervalle entre deux paiements puisse excéder seize jours. »

C) L'incapacité permanente partielle

« Lorsqu'à la suite d'un accident de travail (ou d'une maladie professionnelle) la victime reste atteinte d'une incapacité permanente de travail, une rente lui est due, dont la charge et le paiement incombent à la Caisse Primaire de Sécurité Sociale à laquelle l'intéressé est affilié. » (Art. 44, décret 60.452 du 12 mai 1960.)

Jusqu'à l'an dernier, cette charge incombait à la Caisse Régionale dans la circonscription de laquelle se trouvait la Caisse Primaire d'affiliation de l'intéressé.

1° Evaluation de l'I.P.P.

« Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après ses aptitudes professionnelles, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité. » (Art. 50, loi du 30 octobre 1946.)

Quelle est la valeur de ces critères ?

— *La nature de l'infirmité :* en ce qui concerne la maladie professionnelle n° 8, il s'agit là d'une infirmité que l'on peut qualifier de relativement bénigne, les lésions qui la constituent étant transitoires et disparaissant souvent assez rapidement après cessation du contact avec l'agent responsable. Il semble bien que, par définition, l'infirmité ne puisse à elle seule entraîner une rente pour I.P.P., à partir du moment où la victime change de profession et ne subit plus, de ce fait, la dite infirmité.

— *L'état général et les facultés physiques :* bien que la majorité des malades soient des sujets déjà relativement âgés puisque travaillant depuis longtemps dans le bâtiment, on peut considérer que la maladie professionnelle n° 8 n'a aucune influence grave sur leur état général ; en effet, l'affection reste, en quelque sorte, « localisée » au niveau de la peau.

— *Les facultés mentales :* disons tout de suite, sans envisager l' « intelligence » proprement dite, que ces sujets sont en général d'un niveau intellectuel assez faible. Nous reviendrons sur ce point à propos du reclassement professionnel.

2° Détermination du taux de calcul de la rente.

La loi du 9 avril 1898, en son article 3, précisait que la rente accordée à la victime restant atteinte d'une incapacité permanente partielle était toujours égale à la moitié de la réduction que l'accident faisait subir au salaire. Actuellement :

« Pour l'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %. » (Art. 50, loi du 30 octobre 1946.)

3° Procédure d'attribution.

La décision d'attribution et la détermination de la rente sont prises par la Caisse de Sécurité Sociale après notification de la date de la consolidation. Cette notion de l'obligation préalable d'une consolidation pose, en cas de maladie profes-

sionnelle n° 8, un problème important : celui de la consolidation d'un eczéma au ciment. Nous y reviendrons plus tard. Néanmoins, insistons tout de suite sur le rôle du médecin traitant en ce qui concerne l'évaluation du taux de l'I.P.P. Doit-il ou non indiquer le taux d'I.P.P. que l'état du malade lui paraît justifier ?

La circulaire ministérielle 323 S.S. du 22 novembre 1948 note à ce sujet que : « ... rien dans les textes ne permet de penser que le législateur ait entendu lui donner cette obligation... ».

Mais rien non plus ne s'oppose à ce que le médecin exprime son avis sur ce taux. Dans ce cas, le praticien devra avertir la victime du caractère purement indicatif du taux ainsi proposé...

D) **Le reclassement**

« Si, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la victime devient inapte à exercer sa profession, elle a le droit d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle, ou d'être placée chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitude requises ; elle subit à cet effet un examen psychotechnique préalable. » (Art. 42, loi du 30 octobre 1946, Code 444.)

Comment juger de l'inaptitude à exercer sa profession ? Il n'y a pas de critères précis. En général, on se base sur le nombre et la durée des arrêts de travail. De toutes façons :

« Le bénéfice de la rééducation professionnelle est accordé par la Caisse Primaire de Sécurité Sociale, soit sur son initiative, soit sur la demande de la victime. » (Art. 97 du R.A.P., modifié par le décret du 21 janvier 1956.)

Comme tout reclassement professionnel, le reclassement des victimes de la maladie professionnelle n° 8 passe par plusieurs stades :

1° Réadaptation fonctionnelle.

Elle pose peu de problèmes dans le cas qui nous intéresse. Il est assez rare qu'un eczéma du ciment, une fois à l'abri d'un nouveau contact, ne guérisse pas.

Cependant, il faut insister sur un point : nous savons que la maladie professionnelle n° 8 attaque des travailleurs manuels, soumis depuis longtemps au contact agressif du ciment et aux traumatismes répétés. Il suffit d'examiner la main d'un « cimentier » ancien, même non atteint de dermatose professionnelle, pour constater que toute une série de travaux fins exigeant du « doigté » lui sont impossibles.

2° Rééducation professionnelle proprement dite.

Envisagée sous un angle purement technique (nous verrons plus loin les difficultés « financières » qu'elle entraîne), elle se heurte à de nombreux obstacles, tenant tant à la victime qu'à la Société.

• *De la part de la victime :*

— Sur le plan strictement médical, il s'agit là de sujets (en général) assez âgés. De plus, il faut insister sur le fait qu'une sensibilisation aux ciments (ou aux sels de chrome) est rarement isolée et s'accompagne souvent d'une polysensibilisation qui est elle-même un obstacle à un reclassement.

— Sur le plan psychotechnique, il est indiscutable que le niveau général de ces sujets est assez bas. En dehors du fait que l'instruction d'un maçon est en général assez précaire, une grande partie des ouvriers du bâtiment est d'origine étrangère, parlant peu et écrivant encore moins le français. C'est ainsi que, sur 197 dossiers consultés à la Clinique Dermatologique de l'Hôtel-Dieu, nous avons retrouvé 55 sujets d'origine italienne, 42 d'origine nord-africaine, 13 d'origine espagnole, sans compter quelques consultants de nationalités diverses.

• *En dehors de la victime :*

Il faut lui apprendre un autre métier, mais lequel choisir ?

« ... la victime a le droit... pour y apprendre une profession de son choix... »

En fait, la victime n'a, compte tenu de ses possibilités, qu'un choix qui est assez restreint.

Il se posera d'ailleurs ensuite le problème majeur : une fois la nouvelle profession acquise, que deviendra le sujet ? Rien ne permet d'affirmer qu'il trouvera facilement du travail dans sa nouvelle branche, soit qu'il n'y ait pas de place disponible, soit que l'employeur à qui il s'adressera préfère (et c'est assez fréquent) embaucher un ouvrier expérimenté plutôt que ce « néoformé ». Ce n'est pas là un problème particulier à la maladie professionnelle n° 8, mais c'est l'écueil de toute rééducation professionnelle en général.

• *A côté de ces difficultés* d'ordre purement technique, il existe un aspect financier de la question qui, à lui seul, suffirait à expliquer le peu d'empressement qu'ont les victimes de la maladie professionnelle n° 8 à changer de profession : les métiers du bâtiment étant en effet parmi les mieux rémunérés, un ouvrier en stage de rééducation touchera un salaire journalier à peine supérieur à l'indemnité journalière qu'il touche-

rait en tant que victime de la maladie professionnelle n° 8 en arrêt de travail. C'est ainsi, par exemple, qu'un maçon en arrêt de travail, dont l'indemnité est calculée sur la base de huit heures de travail par jour, touchera en moyenne :

$$2{,}60 \times 8 \times 2/3, \text{ soit } 13{,}86 \text{ NF par jour,}$$

alors que si on le paye comme le manœuvre de la profession qu'il apprend, il touchera approximativement :

$$1{,}80 \times 8, \text{ soit } 14{,}40 \text{ NF par jour}$$

Le fait de gagner autant sans travailler qu'en travaillant n'est pas un encouragement au travail. Et encore, nous avons calculé l'indemnité sur la base de huit heures de travail par jour sans y inclure d'éventuelles heures supplémentaires qui augmentent encore le montant du salaire de référence.

En pratique, en ce qui concerne la maladie professionnelle n° 8 ,comment se passent les choses ?

A la suite de récidives, le Médecin contrôleur de la Sécurité Sociale, ou le Médecin du Travail, ou le Médecin traitant, adresse le sujet au reclassement professionnel .Dans tous les cas, la rééducation professionnelle est accordée (en principe) pourvu qu'une I.P.P., même minime, soit prévue.

Suivant l'âge, l'état physique, le niveau intellectuel et scolaire du sujet, le reclassement pourra être :

— *un placement direct,* c'est-à-dire la recherche d'un travail en rapport avec le handicap du sujet. C'est la solution utilisée pour les sujets trop âgés ou d'un niveau intellectuel trop bas.
— *une « formation professionnelle accélérée »*, d'une durée de six mois. En ce cas, le sujet est rémunéré comme le manœuvre de la profession qu'il apprend.
— *un « placement dans un centre de rééducation »*, pour une durée de douze à dix-huit mois. Là encore, le sujet est rémunéré comme le manœuvre de la profession qu'il apprend.
— *un contrat chez un employeur.*

Les bases du choix entre ces quatre solutions sont, comme nous l'avons vu :

— âge du sujet,
— état physique,
— degré d'instruction (examen psychotechnique).

Notons immédiatement que, à moins d'exception, le niveau d'âge limite pour une formation professionnelle accélérée ou pour un centre de rééducation est de 35 à 40 ans au grand maximum. Cela restreint considérablement le champ d'application de cette mesure dans le cas de la maladie professionnelle n° 8.

Sur le plan pratique, la demande de reclassement nécessite la constitution d'un double dossier, médical et social, soit directement par la Sécurité Sociale, soit par l'organisme auquel adhère le sujet.

— le dossier médical soulignera les conditions physiques restantes (aptitudes et inaptitudes) ;

— le dossier social permettra, d'après le milieu familial, les possibilités d'entourage, les responsabilités incombant au sujet, de diriger ce dernier vers la voie qui « ... perturbera le moins possible, pour le sujet et les siens, les conditions de vie physiques et morales... ».

Le dossier, complet, après enquête de la Sécurité Sociale sur les droits du sujet en ce qui concerne la prise en charge et accord médical, est transmis à la Main-d'Œuvre qui convoque le sujet pour l'examen psychotechnique. A l'issue de cet examen, le dossier passe devant la Commission d'Orientation, composée de :

— l'inspecteur divisionnaire ou le Directeur départemental du Travail et de la Main-d'Œuvre ;
— le chef du Service départemental de la Main-d'Œuvre ;
— le Médecin inspecteur du Travail et de la Main-d'Œuvre ;
— un ou plusieurs médecins qualifiés, désignés par les institutions utilisatrices (Caisse Primaire notamment) ;
— un ou plusieurs psychotechniciens ;
— une personne qualifiée désignée par le Préfet (assistante sociale) ;
— deux médecins désignés par le Directeur départemental de la Santé ;
— les représentants des administrations appelées éventuellement à prendre en charge les frais de rééducation.

C'est ensuite le Service de la Main-d'Œuvre qui est chargé de trouver aux victimes un emploi correspondant aux indications données par la Commission d'Orientation :

« Cette phase du reclassement professionnel est évidemment la plus importante et la plus difficile, car il s'agit de découvrir le poste de travail susceptible de convenir à ces inaptes, de persuader les employeurs d'utiliser ces derniers et de faire en quelque sorte du placement par la main. »

En réalité, toute cette procédure est très longue. Entre la demande faite par le sujet et l'accord, il peut s'écouler trois à quatre mois. Après quoi, une fois l'accord obtenu, il faut encore :

— pour un placement direct : inscription au chômage et attente d'une place.

— pour un contrat chez un employeur : recherche de l'employeur dans la branche désirée.

— pour une formation professionnelle accélérée : attente de l'ouverture de la session désignée ; cela peut durer six à neuf mois.

— pour un centre enfin, l'attente est de même grandeur.

En attendant, le sujet doit s'inscrire au chômage et rechercher une place temporaire.

On voit donc qu'en fait, le reclassement d'un ouvrier du bâtiment se heurte à de nombreux obstacles. C'est pourquoi ces sujets n'ont, en définitive, d'autre choix que :

— continuer à travailler dans le bâtiment, avec les risques que cela comporte, mais en bénéficiant (à juste titre d'ailleurs) des avantages de la maladie professionnelle,

— ou s'inscrire au chômage et travailler au rabais dans une branche pour laquelle ils ne sont pas qualifiés.

Nous ne parlerons pas ici de deux modes de reclassement ne posent pas de problèmes à la collectivité :

— le reclassement par initiative personnelle,

— le reclassement, en leur propre sein, par certaines grandes entreprises possédant un potentiel suffisant de postes de travail.

LES LITIGES

Leur cas est prévu par la législation, en l'occurrence par le décret 59-160 du 7 janvier 1959 (*J.O.* du 10 janvier 1959) :

« Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade ou à l'état de la victime, et notamment à la date de consolidation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'exclusion des contestations régies par l'article L 193 du Code S.S., donnent lieu à une expertise médicale. »

A) Procédure générale

L'expertise peut être pratiquée, soit à la demande de la victime, soit sur l'initiative de la Caisse.

1° Expertise demandée par la victime.

« La victime peut toujours, même si son médecin traitant est en plein accord avec le médecin conseil de la Sécurité Sociale, requérir une expertise médicale, ce qu'elle doit faire par une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant.

« Cette demande est adressée à la Caisse par lettre recommandée, avec dispense d'affranchissement, ou déposée contre récépissé au guichet de la Caisse, et dès l'instant qu'il apparaît que la contestation porte sur une question d'ordre médical, la Caisse est tenue de faire procéder à l'expertise.

« Par ailleurs, la possibilité pour la victime de requérir cet examen lui est offerte à quelque moment que ce soit, sous réserve du délai de prescription de deux ans prévu à l'article L 465 du Code S.S.

« Le droit pour la victime de demander une expertise est donc absolument général ; il peut même être exercé avant toute décision de la Caisse, bien qu'en réalité la procédure d'expertise constitue la voie de recours normal contre les décisions de la Caisse, fondées sur un motif d'ordre médical. »

2° Expertise demandée par la Caisse.

« S'il se révèle un désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant sur l'état de la victime ou sur le caractère professionnel d'une blessure, d'une maladie, d'une lésion ou d'une rechute, la Caisse a toujours la possibilité de faire procéder à une expertise si la victime ou son médecin traitant ne le demande pas expressément. Dans certains cas, le recours à cette expertise s'impose à la Caisse. »

— *Expertise facultative :*

Dans le cas où le livre IV du Code de Sécurité Sociale n'en dispose pas autrement, il appartient à la Caisse d'apprécier, en fonction des éléments de l'affaire, s'il est préférable de déclencher l'expertise avant de prendre la décision ou, au contraire, de notifier sa décision après avis du médecin-conseil, en indiquant à la victime les voies de recours dont elle dispose.

La circulaire d'application du décret du 7 janvier 1959 (circ. 53 S.S. du 4 juin 1959) insiste sur l'importance que revêt l'expertise dans la procédure de contestation du caractère professionnel.

— *Expertise obligatoire :*

Elle doit être pratiquée préalablement à toute décision de la Caisse dans les cas suivants :

• Il y a désaccord entre le médecin traitant et le médecin-conseil sur l'opportunité et les modalités de la reprise d'un travail léger avant guérison ou consolidation.

• En matière de fixation de la date de guérison ou de consolidation, le certificat final descriptif n'ayant pas été fourni

par le médecin traitant, le médecin-conseil estime cependant que la guérison ou la consolidation est acquise, ou lorsque, le certificat final ayant été fourni par le médecin traitant, le médecin-conseil est en désaccord sur la date de guérison ou de consolidation proposée.

3° Désignation du médecin expert.

« Le médecin expert est désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil ou, à défaut d'accord, par le Directeur départemental de la Santé. (Art. 2, décret du 7 janvier 1959.)

— *Désignation d'un commun accord :*

« En vue de la désignation d'un médecin expert, le service du contrôle médical de la Caisse est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours qui suivent :

- soit la date où est apparue une contestation d'ordre médical,
- soit la réception de la demande d'expertise formulée par la victime,
- soit la notification du jugement notifiant l'expertise. »

— *Désignation par le Directeur départemental de la Santé :*

Si le médecin-conseil et le médecin traitant ne peuvent se mettre d'accord sur le choix d'un expert, la Caisse invite sans délai le Directeur départemental de la Santé, en lui indiquant l'objet de la controverse sur le plan médical et en mentionnant le ou les praticiens déjà intervenus, à désigner l'expert qui, compte tenu de ces précisions, lui paraît qualifié pour examiner la victime.

L'expert doit être choisi sur une liste établie par le Directeur départemental de la Santé après avis du ou des syndicats professionnels de praticiens intéressés et du Conseil d'administration de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale.

Le Directeur départemental de la Santé désigne immédiatement l'expert et avise aussitôt la Caisse.

— *Nullité de la désignation :*

« Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise, ni par le médecin-conseil de la Caisse Primaire ou de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale. »

4° Mission de l'expert et portée de son avis :

L'expert est un juge sur le plan technique ; son avis sur ce plan a le caractère d'une décision, puisqu'il s'impose à la victime comme à la Caisse, ainsi qu'à la juridiction compétente.

Nous n'insisterons pas ici sur la procédure de l'expertise proprement dite. En ce qui concerne la décision de l'expert :

« Les conclusions motivées de l'expertise doivent être communiquées à la victime dans les 48 heures.

« Le rapport, établi en triple exemplaire, doit être adressé au contrôle médical avant l'expiration du délai de un mois à compter de la date à laquelle l'expert a reçu le protocole. »

« La Caisse adresse immédiatement une copie intégrale du rapport à la victime de l'accident de travail ou de la maladie professionnelle. » (Art. 5, décret du 7 janvier 1959.)

B) **Contestation du caractère professionnel**

La procédure de contestation du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est prévue par l'article 47 du décret du 12 mai 1960.

1° Délai de contestation.

« Si la Caisse entend contester le caractère professionnel de l'affection, elle doit en informer par écrit la victime et l'employeur dans le délai d'une quinzaine à compter de la date à laquelle elle a eu connaissance de l'accident ou de la maladie par quelque moyen que ce soit. »

Si la Caisse n'a pas usé de la « faculté » qui lui est ainsi donnée dans le délai de quinze jours, le caractère professionnel est considéré comme établi à son égard.

2° Effets de l'avis de contestation.

Dès qu'elle est régulièrement informée de l'intention de la Caisse de contester le caractère professionnel de l'affection, la victime ne peut plus prétendre qu'aux prestations des assurances sociales, qui lui sont servies à titre provisionnel tant que la Caisse ne lui a pas notifié sa décision et, le cas échéant, tant qu'il n'a pas été statué par la juridiction compétente.

3° Décision de la Caisse.

« La Caisse statue, dès qu'elle est en possession de tous les éléments de l'affaire, sur le caractère professionnel de l'accident, de l'affection ou de la maladie. » (Art. 68 décret du 31 décembre 1946 modifié.)

« Si le caractère professionnel est admis, la Caisse Primaire met immédiatement en paiement les indemnités dues. »

« Si le caractère professionnel est rejeté, la Caisse notifie sa décision motivée à la victime, en lui indiquant les voies de recours et les délais de recevabilité de sa contestation ».

4° Recours de la victime.

« La réclamation éventuelle de la victime contre la décision de la Caisse Primaire doit être portée, dans un délai de deux mois à compter de la notification de cette décision, devant la Commission de Recours gracieux de ladite Caisse. » (Art. 1er du décret du 22 décembre 1958, complété par celui du 27 février 1959.)

La même procédure est employée dans le cas de contestation du caractère professionnel d'une rechute.

C) **Contestations relatives au taux d'I.P.P.**

« L'organisation du Contentieux technique de la Sécurité Sociale règle les contestations « relatives à l'état d'incapacité permanente de travail, et notamment au taux de cette incapacité en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle. » (Art. L 193 Code S.S.)

Ces contestations sont portées, en première instance, devant la

Commission Régionale

composée de :

— Directeur régional de la Sécurité Sociale,
— un médecin expert désigné par le Directeur régional,
— un médecin désigné par le requérant,
— un médecin désigné par la Caisse,
— un représentant de l'Inspection du Travail et de la Main-d'Œuvre,
— un représentant des employeurs,
— un représentant des salariés.

« La réclamation contre la décision de la Caisse Primaire doit être adressée dans le délai de un mois à compter de la notification de cette décision et par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Secrétariat de la Commission Régionale. »

« La victime et la Caisse Primaire peuvent relever appel de la décision de la Commission Régionale devant la

Commission Nationale Technique

composée de membres titulaires et de membres suppléants choisis parmi :

— les magistrats de l'ordre administratif ou de l'ordre judiciaire,

— les fonctionnaires de la catégorie « A » du Ministère du Travail,

— les travailleurs salariés,

— les employeurs ou les travailleurs indépendants.

« L'appelant doit saisir la Commission Nationale dans le délai de deux mois à compter de la date de la notification de la décision contestée, selon la même procédure que pour la Commission Régionale. »

Pourvoi en Cassation.

« Les décisions de la Commission Nationale peuvent être attaquées devant la Cour de Cassation dans un délai de deux mois à dater de leur notification.

« Le pourvoi est formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation. »

CONCLUSIONS

L'importance de la maladie professionnelle n° 8 n'est plus à démontrer. C'est ainsi que pour l'année 1959, en France, sur un total de 4.299 déclarations de maladie professionnelle, 2.331 concernaient la maladie professionnelle n° 8. Cela représente plus de la moitié (54,2 %) des maladies professionnelles. La grande majorité des cas (86 % plus précisément) touchait des travailleurs du bâtiment et des travaux publics. A Marseille en particulier, la Caisse Régionale de Sécurité Sociale a enregistré un nombre de déclarations de maladie professionnelle n° 8 qui est passé de 172 en 1957 à 236 en 1960, soit une augmentation de 37,2 % en quatre ans.

Le développement constant de l'industrie du bâtiment en France, donc l'accroissement constant de la main-d'œuvre, ne peut qu'entraîner dans l'avenir une augmentation du nombre des cas de maladie professionnelle n° 8.

Le problème de la réparation de cette maladie professionnelle étant celui qui entraîne le plus de difficultés entre la Sécurité Sociale et les médecins traitants, nous avons essayé de préciser un certain nombre de points, causes fréquentes de litige. C'est par ordre chronologique, au fur et à mesure de leur apparition, que nous avons étudié ces sources de discussion.

Tout d'abord, en ce qui concerne le diagnostic de maladie professionnelle : un tel diagnostic ne peut être posé qu'après un examen clinique et, éventuellement, une enquête allergologique. Il est absolument illogique de refuser le bénéfice de la maladie professionnelle à un consultant sous prétexte qu'il répond de façon négative à des tests cutanés aux ciments ou au bichromate de potassium. Il arrive trop souvent que des médecins subordonnent la reconnaissance d'une maladie professionnelle n 8 à la positivité des tests : c'est là un procédé qui, d'une part est illégal, d'autre part ne repose sur aucune base médicale formelle.

En ce qui concerne la déclaration de maladie professionnelle et l'arrêt de travail éventuel : insistons sur l'importance du certificat initial établi par le praticien lors de la première consultation de la victime. Ce certificat doit comporter une description aussi précise que possible des lésions du sujet et, éventuellement, la durée probable de l'incapacité temporaire. Ce certificat est en effet la première pièce du dossier de la victime et son importance peut être capitale dans l'avenir.

Rappelons également que c'est à la victime qu'il incombe de faire la déclaration de maladie professionnelle, contrairement à ce qui se passe en cas d'accident de travail.

Pour l'avenir, devant les nombreuses éventualités qui peuvent se produire, voici ce que nous proposons :

— Tout d'abord, après la guérison de l'atteinte initiale : établissement d'un certificat de guérison et reprise du travail (qui peut d'ailleurs intervenir avant la guérison).

Le sujet doit-il changer de profession ? Nous pensons que non : en effet, un reclassement professionnel, outre qu'il est « techniquement » très difficile à réaliser, entraîne souvent pour la victime une perte financière assez importante ; d'autre part, en reprenant son métier, le sujet a environ une chance sur deux de ne pas récidiver et, même s'il récidive, les lésions qu'il présentera lui permettront le plus souvent de continuer à travailler de façon régulière.

— En cas de récidive : celle-ci peut être *précoce* ou *tardive*.

• En cas de récidive tardive, survenant des mois ou des années après la reprise du travail, nous pensons qu'il faut considérer et traiter la victime comme s'il s'agissait d'une première atteinte de la maladie, c'est-à-dire : établissement d'un certificat de rechute, avec ou non arrêt de travail.

• En cas de récidives précoces ou répétées : le changement de profession est évidemment la solution idéale. En pratique, hélas, ce reclassement se révélant difficilement réalisable, il faut essayer de faire travailler ces malades, malgré leur incapacité.

Deux cas peuvent se produire :

Ou bien le sujet, atteint de lésions persistantes mais relativement minimes (c'est souvent le cas) continue son travail avec peu ou pas d'interruptions : nous proposons alors de n'établir aucun certificat final, que ce soit de guérison ou de consolidation. Le malade, qui travaille malgré sa dermatose, continue à bénéficier des soins et médicaments gratuits au titre de la maladie professionnelle. Il suffit au praticien d'établir un certificat demandant à la Sécurité Sociale son accord pour la poursuite de l'attribution des prestations au titre de la maladie professionnelle, malgré la poursuite du travail.

Ou bien le praticien estime que l'état de la victime a des répercussions sur ses possibilités de travail et justifie une rente pour incapacité permanente partielle : il lui faut alors établir un certificat de consolidation, qu'il y ait ou non reprise du travail. Cette consolidation est en effet nécessaire pour que la Sécurité Sociale prenne en considération une demande de rente pour incapacité permanente partielle. L'attribution de cette rente n'est pas, soulignons-le, incompatible avec une poursuite

plus ou moins régulière du travail et le bénéfice des prestations au titre de la maladie professionnelle. Elle se place sur un plan tout à fait différent et, en principe, est destinée à compenser les pertes de salaire entraînées par l'infirmité de la victime. Bien qu'elle soit théoriquement subordonnée à un changement de profession, la Sécurité Sociale, qui est en pratique dans l'incapacité de reclasser les victimes de la maladie professionnelle n° 8, l'accorde aux sujets continuant à travailler au contact du ciment.

Au terme de cette mise au point sur la législation de la maladie professionnele n° 8, nous voudrions rappeler que notre but a été de simplifier au maximum les rapports entre médecin traitant et Sécurité Sociale, tout en faisant bénéficier le malade des avantages auxquels il a droit, sans pour cela léser la collectivité.

Vu et approuvé,

Le Doyen : **G. MORIN**

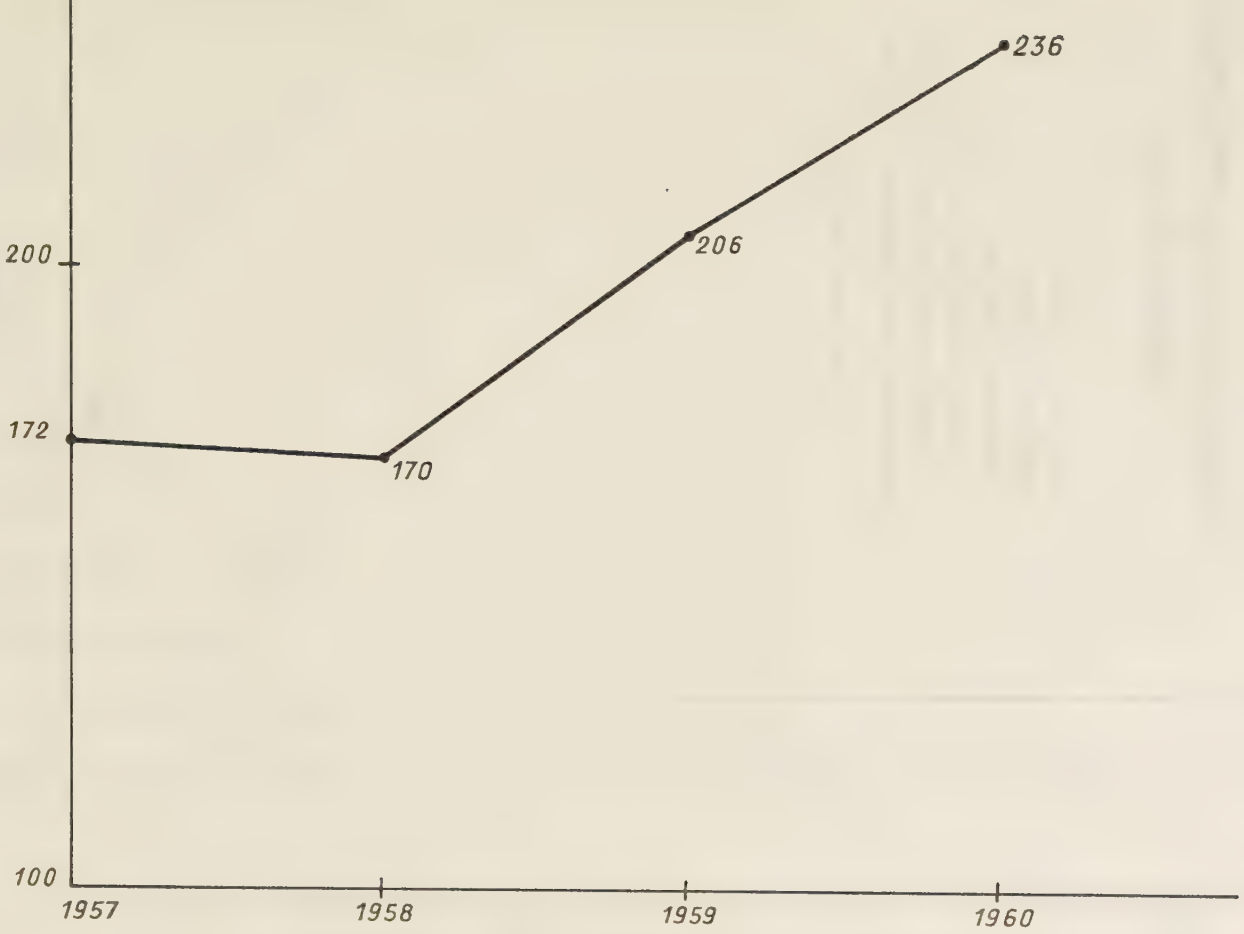
Vu et approuvé,

Le Président de Thèse : **M. MOSINGER**

Vu et permis d'imprimer

Aix, le 20 Décembre 1961

Le Recteur : **J. BLACHE**

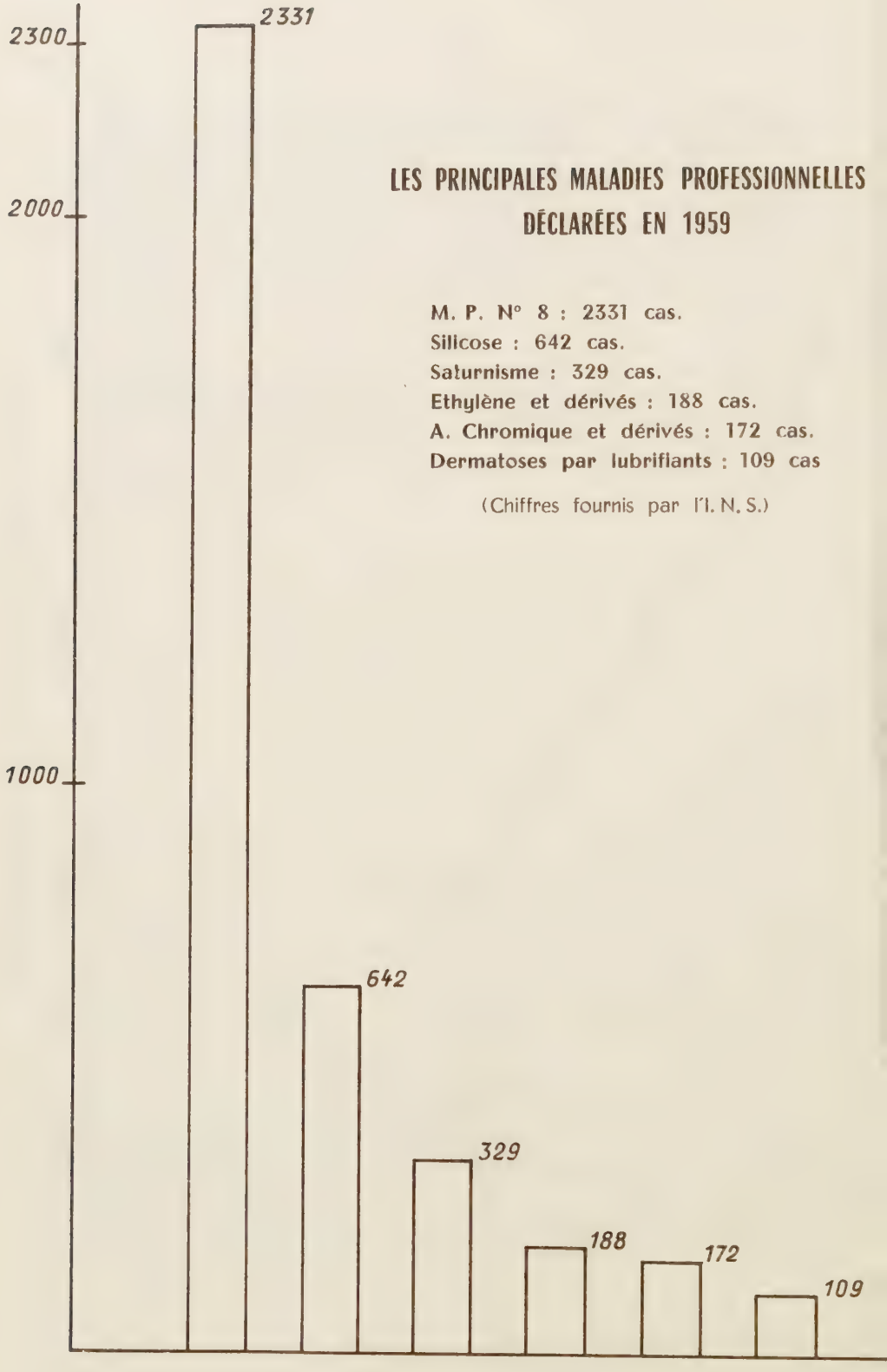


Augmentation des cas de M. P. N° 8 dans le Sud-Est

LES PRINCIPALES MALADIES PROFESSIONNELLES DÉCLARÉES EN 1959

M. P. N° 8 : 2331 cas.
Silicose : 642 cas.
Saturnisme : 329 cas.
Ethylène et dérivés : 188 cas.
A. Chromique et dérivés : 172 cas.
Dermatoses par lubrifiants : 109 cas

(Chiffres fournis par l'I. N. S.)



BIBLIOGRAPHIE

1 — Agasse-Lafont (E.). — Pathologie des ouvriers du ciment et des pierres artificielles. — VI[e] *Congrès Int. Acc. et Mal. Travail* (Genève, 1931), p. 455.

2 — Amrein (H.P.) et Miescher (G.). — Zur Atiologie des Zementek zems. — *Z. Unfallmed. Berufskr.*, 48, pp. 140-148, 1955 (bibliogr.).

3 — Anstett (M.). — Lettre à Baudouin sur la maladie des cimentiers. — *Bull. Acad. Méd. Paris*, 1925, p. 902.

4 — Azulay (R.D.) et coll. — Deux cas d'eczéma professionnel chez les maçons. — *An. Brasil. Derm. Sifil.*, juin 1952, n° 2, pp. 61-66.

5 — Baetjer (A.M.), Damron (C.M.), Clark (J.H.) et Bulacz (V.). — La réaction des composés du chr me aux tissus du corps et à leurs constituants. — *Arch. Ind. Health*, sept. 1955, t. 12, n° 3, pp. 258-261.

6 — Bernhardt (H.J.). — La dermatite due aux chromates. — *Arch. Derm.*, juil. 1957, t. 76, n° 2, pp. 13-16 (bibliogr.).

7 — Bory et Lecocq. — Eczéma par cuir cromé. — *Arch. Mal. Prof.*, t. 14, n° 2, 1953, p. 114.

8 — Boulin (P.). — La gale des cimentiers. — *Bull. Insp. Travail*, 1908, Paris.

9 — Bonnevie (P.). — L'eczéma du ciment et de la chaux vive et sa combinaison avec l'allergie pour les chromates. — *Acta Derm. Vénér.*, t. 32, suppl. 29, pp. 53-55.

10 — Bonnevie (P.). — Atiologie und Pathogenese der Ekzemrankheiten. — Ed. J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1939 (bibliogr.).

11 — Braidot (B.). — Un cas de dermatose professionnelle par le chrome. — *Sem. Méd.* 14 oct. 1954, t. 61, n° 3170, p. 720.

12 — Burckhardt (W.). — Die Rolle des Alkali in der Pathogenese des Ekzems, speziell des Gewerbeekzems. — *Arch. Derm. Syph.*, Berlin, 1936, n° 173, pp. 157-167 (bibliogr.).

13 — Carvalho (L.P.) et Brum Megreiros (E.). — Epidermo-dermite professionnelle des ouvriers du ciment. — *Hospital*, avril 195.., t. 41, n° 4, pp. 495-501 (bibliogr.).

14 — Colomb (B.) et Charleux (J.). — Dermite caustique au ciment artificiel. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, janv.-févr. 1952, t. 62, n° 1, p. 74.

15 — Croce (G.A.). — Les affections cutanées en rapport avec le travail des cimentiers. — *VI[e] Congrès Int. Acc. et Mal. du Travail*, Genève, 1931, p. 102.

16 — Dankman (H.S.). — Exposition aux chromates dans l'industrie de l'Etat de New York. — *Arch. Ind. Hyg. Occup. Méd.*, mars 1952, t. 5, n° 3, pp. 328-331.

17 — Delacretaz (J.). — L'eczéma au ciment. — *Praxis*, 47, 1958, pp. 833-834 (bibliogr.).

18 — Denton (C.R.), Keenan (H.G.) et Birmingham (D.J.). — Le contenu en chrome du ciment et sa signification dans les dermites du ciment. — *J. Inest. Derm.*, sept. 1954, t. 23, n° 3.

19 — Desoille. — Les poussières de chrome peuvent-elles provoquer un ulcère de l'estomac professionnel ? — *Arch. Mal. Prof.*, t. 2, n° 6, p. 628, 1950.

20 — Desoille. — Le problème de l'indemnisation des dermatoses professionnelles. — *Revue du Praticien*, oct. 1959, n° 25, pp. 2701-2708.

21 — Dubois (C.E.). — Les dermites dues au ciment « asplitt ». — *Rouen Méd.*, août-sept. 1957, t. 1, n° 7, pp. 43-45.

22 — Dugois (P.), Colomb (L.) et Fayolle (G.). — Traitement d'une dermite au chrome par l'E.D.T.A. calcique. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, juin-juil. 1957, n° 3301.

23 — Edmundson (W.J.). — Ulcères chromiques de la peau et du septum nasal. Leurs relations avec les tests cutanés. — *Dermato.*, t. 17, pp. 17-19, juil. 1951.

24 — Encyclopédie médico-chirurgicale : *Chaux et Ciments*, n° 16520 C.

25 — Engelhardt (W.E.) et Mayer (R.L.). — Uber Chromekzem im graphischen Gewerbe. — *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.*, 2, 140 (bibliogr.).

26 — Engergrigsten (J.K.). — Quelques recherches sur l'hypersensibilité au bichromate chez les ouvriers du ciment. — *Acta Derm. Vener.*, 1952, t. 32, n° 6, pp. 462-468.
27 — Feill (A.). — Le rôle des ciments en pathologie professionnelle. — *Progrès Médical*, juin 1931, p. 27.
28 — Fourcade et Bourdiol (J.). — Le problème de la réparation des dermatoses professionnelles. — *Arch. Mal. Prof.*, t. 19, n° 2, mars-avril 1958, p. 200.
29 — Frey (E.). — Contribution à l'estimation de l'épreuve au bichromate de potassium de Jaeger dans les dermites du ciment. — *Dermatologica*, 1952, t. 105, n° 4-5, pp. 244-250.
30 — Fruchaut (J.), Mme Rivasseau et Coutant. — Aspect médico-social de la désensibilisation spécifique dans les dermites du ciment. — *Jour. Méd. de Bordeaux*, pp. 1488-89.
31 — Gate (J.), Rousset et Fayolle (J.). — Dermatoses professionnelles orthoergiques : hyperkératose linéaire prigmentée des mains par agents caustiques chez un chromeur. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, mai-juin 1955, t. 62, n° 3, pp. 341-342.
32 — Gaul (L.E.). — Aspects de la sensibilité aux chrome, nickel, or, argent et cuivre, comparée aux réactions de leurs sels en solution aqueuse. — *Ann. of Allergy*, t. 12, juil.-août 1954, pp. 429-444.
33 — Gougerot (H.) et Carteaud (A.). — Dermatoses professionnelles. — Maloine, édit., Paris, 1952.
34 — Gougerot (H.), Cohen (R.) et Gonot. — Eczéma professionnel par ciments. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, juil. 1931, pp. 1135-36, Paris.
35 — Gougerot (H.) et Roger. — Pigeonneau du ciment. — *Soc. Fr. Derm.*, 1930, p. 1290, Paris.
36 — Gramignani. — Dermatosi professionali da Cemento. — *Lavoro umano*, Italia, avril 1959, vol. 11, n° 4, pp. 154-163 (bibliogr.).
37 — Heim de Balzac, Agasse-Lafont et Feill. — La santé des ouvriers du ciment. — *Méd. du Trav.*, nov. 1931, pp. 141-163.
38 — Heim de Balzac, Agasse-Lafont et Feill. — Pathologie des ouvriers du ciment. — *VIe Congrès Int. Acc. et Mal. Prof.*
39 — Hilt (G.). — Dermite des bichromates. — *Strasbourg Méd.*, avril 1954, t. 5, n° 4, pp. 201-204.
40 — Hilt (G.). — La dermite du chrome hexavalent dans le cadre des dermites eczémateuses par sensibilisation aux métaux. — *Dermatologica*, sept. 1954, t. 109, n° 3, pp. 143-174.
41 — Hilt (G.). — Cosensibilisation et polysensibilisation dans la dermite du chrome hexavalent. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, nov.-déc. 1956, n° 5, t. 63, pp. 512-513 (bibliogr.).
42 — Hilt (G.). — Le test au ciment dans la dermite du ciment. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, mai-juin 1956, n° 3, t. 66, pp. 277-278.
43 — Hueper (W.C.) et Payne (W.W.). — Cancers expérimentaux provoqués par des dérivés du chrome et leur signification pour l'industrie et la santé publique. — *Ind. Hyg. Jour.*, août 1959, n° 20, pp. 274-280.
44 — Hunziker (N.) et Musso (E.). — A propos de l'eczéma au ciment. — *Dermatologica*, 1960, pp. 204-212.
45 — Jadassohn (W.). — A propos des tests épicutanés « dirigés » dans l'eczéma professionnel. — *Praxis*, 40, pp. 50-51, 1951 (bibliogr.).
46 — Jadassohn (W.). — Introduction au livre « Occupational Allergy ». (Ed. H.E. Stenfert Kroesen, Leiden, 1958) - (bibliogr.).
47 — Jaeger (H.). — Dermites du ciment et rôle étiologique du chrome. — *Dermatologica*, 1950, pp. 100-207. *Arch. Mal. Prof.*, 1955, t. 16, n° 14 *bis*, pp. 80-85 (bibliogr.).
48 — Jaeger (H.) et Pelloni. — Réactions épidermiques positives au bichromate de potassium dans l'eczéma des cimentiers. — *Dermatologica*, n° 100, pp. 207-216, 1950.
49 — Jullien (G.). — Pathologie des ciments. — *Médecine d'usine*, mai 1950, n° 5, p. 299.

50 — Jullien (G.), Leandri (M.) et Bouveyron (J.). — Une nouvelle maladie professionnelle due aux ciments : l'ulcère gastro-duodénal. — *Arch. Mal. Prof.*, t. 10, n° 6, p. 612, 1949.

51 — Koven (A.L.) et coll. — La santé des travailleurs dans l'industrie du chrome. — *U.S. Public Health Service*, n° 192, 1953.

52 — Leandri (M.). — Contribution à l'étude de la pathologie industrielle dans le bâtiment. « Les ciments. » — *Thèse*, Marseille, 1951.

53 — Llucia (P.). — Etude de l'allergie latente au chrome chez les cimentiers. — *Thèse*, Marseille, 24 juin 1960.

54 — Machin (A.). — Existe-t-il une pathologie d'origine professionnelle due au chrome ? — *Thèse*, Paris, février 1956, n° 144.

55 — Maréchal (J.). — Irritation et allergie respiratoire au jaune de chrome dans la peinture au pistolet. — *Arch. Mal. Prof.*, mai-juin 1957, t. 18, n° 3, pp. 284-287.

56 — Marchand. — Expertise dans les dermatoses professionnelles. — *Hyg., Méd. du Trav. et Méd. lég.*, juillet 1960, n° 7, p. 534.

57 — Marson (G.) et Galla (F.). — La réactivité cutanée aux injections intradermiques de bichromate de potassium chez les malades présentant de l'eczéma dû au ciment. — *Minerva Derm.*, juil. 1957, t. 32, n° 7, p. 283.

58 — Meneghini (C.L.) et Gianotti (F.). — Etudes sur l'allergie au chrome observée chez des sujets ateints d'eczéma dû au ciment. Problèmes de la pathogénie de l'eczéma. — *Arch. Mal. Prof.*, 1955, t. 16, n° 4 *bis*, p. 890.

59 — Meneghini (C.L.) et Gianotti (F.). — Etudes sur l'allergie au chrome chez les sujets présentant de l'eczéma au ciment. — *Giorn. Ital. Derm.*, mai-juin 1956, t. 97, n° 3, pp. 225-232 (bibliogr.).

60 — Meyer. — Etude comparative des tests en peau normale, acidifiée, alcalinisée, au cours des eczémas par intolérance. Seuil de sensibilisation dans les intolérances cutanées. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, n° 1, 195.

61 — Meyer de Schmidt. — Les tests et leur valeur dans les eczémas professionnels. — *Rev. du Prat.*, oct. 1959, t. 9, n° 25, pp. 2693-2700.

62 — Michel (P.J.) et Monnet. — Lésions nécrotiques profondes après injection sous-cutanée d'une solution anti-venimeuse à base d'acide chromique. — *Bull. Soc. Fr. Derm.*, juin-juil. 1957, n° 3, pp. 296-297.

63 — Michel (P.J.), Prost (J.) et Monnet. — Accidents récidivants d'urticaire géante généralisée, avec œdème de la glotte, consécutif à de simples attouchements au mercurochrome. — *Bull. Soc. Fr. Derm., juin-juil.* 1957, n° 3, pp. 310-311.

64 — Miescher (G.), Amrein (H.P.) et Leder (M.). — Hypersensibilité pour les chromates et eczémas du ciment. — *Dermatologica, mars-avril* 1955, t. 110, n° 3, pp. 266-283 (bibliogr.).

65 — Moebest (H.). — Beitrag zur Haüfigkeit der Chromallergie. — *Z. Haut-Geschlkr.*, 18, pp. 356-358, 1955 (bibliogr.).

66 — Morris (G.E.). — Dermatite due à a glu du chrome ; autres aspects du problème des chromates. — *Arch. Ind. Health*, mai 1955, t. 11, n° 5, pp. 368-371 (bibliogr.).

67 — Morris (G.E.). — Dermatoses dues au chrome. — *Arch. Ind. Health*, t. 78, pp. 612-618, nov. 1955.

68 — Morris (G.E.). — Sensibilisation croisée des pieds et des mains due à des souliers et des gants de cuir tannés au chrome. — *New England Jour. Med.*, sept. 1957, t. 257, p. 567 (bibliogr.).

69 — Mosinger (M.) et Fiorentini (H.). — Sur la pathologie due aux chromates. Premières recherches expérimentales. — *Arch. Mal. Prof.*, 1954, t. 15, n° 3, pp. 187-189.

70 — Nussbaum (N.). — Affections provoquées par les liants hydrauliques. — *Ann. Mal. Prof.*, t. 18, n° 4, p. 463, juil.-août 1957.

71 — Pautrizel (R.), Rivasseau (J.) et Rivasseau-Coutant (A.). — Résultats d'une désensibilisation aux sels de chrome dans un eczéma professionnel dû au ciment. — *Journ. Méd. Bord.*, avril 1956, t. 133, n° 4, p. 384.

72 — Pautrizel (R.), Rivasseau (J.) et Rivasseau-Coutant (A.). — Résultats de la désensibilisation aux sels de chrome dans un eczéma professionnel dû au ciment (essais préliminaires). — *Arch. Mal. Prof.*, mai-juin 1956, t. 17, n° 3, p. 264.

73 — Pautrizel (R.), Rivasseau (J.) et Rivasseau-Coutant (A.). — Sensibilisation aux ions métalliques et maladies professionnelles. Cas particulier de l'allergie aux sels de chrome dans la dermite du ciment. — *Jour. Méd. Bord.*, déc. 1957, t. 134, n° 12, p. 1488.

74 — Pautrizel (R.), Cabanieu (G.), Bricaud (J.) et Brousset (P.). — Exploration allergique et spécificité allergénique de groupe chez les asthmatiques. Méthode originale de détection par voie épicutanée. — *Sem. Hôp.*, mars 1957, n° 6.

75 — Peryassu (D.), Negreiros (B.) et Carvalho (P.). — Chromonécrose et dermatoses similaires. — *Brasil. Méd.*, 7-14 juin 1952, t. 66, n° 23-24, pp. 331-337 (bibliogr.).

76 — Peryassu (D.), Negreiros (B.) et Carvalho (P.). — Berufsepidermodermitis von Zementarbeiten und Sensibilisierung gagen Bichromat. — Cité dans *Zbl. Haut-Geschlkr.*, 104, p. 177, 1959 (bibliogr.).

77 — Pirila (V.). — Rôle du chrome et d'autres éléments à l'état de traces dans l'eczéma dû au ciment. — *Acta Derm. Vener.*, 1953, t. 34, n° 162, pp. 136-143 (bibliogr.).

78 — Pirila (V.) et Kilpio (O.). — Les dermatoses dues aux bichromates. — *Acta Derm. Vener.*, 1949, t. 29, n° 6, pp. 550-563 (bibliogr.).

79 — Pontes de Carvalho (L.). — Le facteur alcali dans la genèse de l'eczéma du ciment. — *Hospital*, févr. 1956, t. 40, n° 2, pp. 169-183 (bibliogr.).

80 — Privat (Y.). — Contribution à l'étude de l'allergie aux dérivés du chrome. — *Thèse*, Marseille, juillet 1958.

81 — Ramos e Silva. — L'eczéma des maçons. — *Hospital*, janv. 1954, t. 45, n° 1, pp. 31-43 (bibliogr.).

82 — Raymond (V.). — A propos de la gale du ciment. — *Arch. Mal. Prof.*, t. 16, n° 6, 1955.

83 — Raymond (V.). — La prévention des dermites dues au ciment. — *Arch. Mal. Prof.*, 1952, p. 644.

84 — Raymond (V.) et Cassan (P.). — Note sur les accidents cutanés dus aux ciments. — *A.M.P.*, t. 14, n° 5, 1953, p. 499.

85 — Raymond (V.). — Dermatoses professionnelles dans le bâtiment. — *Rev. du Prat.*, oct. 1959, t. 9, n° 25, pp. 2683-2690.

86 — Rimbaud (M.P.). — Diagnostic des dermatoses professionnelles. — *A.M.P.*, n° 2, mars-avril 1958, p. 199.

87 — Salinas (M.) et Subida (E.). — Acquisitions nouvelles dans la reconnaissance des dermatoses provoquées par le ciment. Importance des ions métalliques chrome, nickel et cobalt comme agents spécifiques de sensibilisation. — *Medicina Seg. Trab.*, janv.-mars 1956, t. 14, pp. 13-23 (bibliogr.).

88 — Samitz (M.H.). — Etude des dermites dues au chrome. — *Arch. Ind. Health*, t. 14, pp. 269-271, sept. 1956.

89 — Samitz (M.H.). — Quelques aspects dermatologiques du problème des chromates. — *Arch. Ind. Health*, mai 1955, t. 11, n° 5, pp. 361-367 (bibliogr.).

90 — Samitz (M.H.) et Gross. — Extraction de la sueur du chrome provenant de cuirs tannés par le chrome. — *Journ. of Occup. Méd.*, vol. 2, n° 1, janv. 1960.

91 — Samitz (M.H.) et Pomerantz (H.). — Etude des effets sur la peau des sels de chrome et de nickel. — *Arch. Ind. Health*, t. 18, pp. 473-479, déc. 1958.

92 — Sangro (P.). — Protection de la peau chez les ouvriers du chrome et des chromates. — *Med. Seg. Trab.*, juil.-sept. 1955, t. 3, n° 12, pp. 74-77 (bibliogr.).

93 — Schreus (H.T.) et Burk (H.). — Uber die Haüfigkeit der Chromsäureallergie in verschiedenen Berufen. — *Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg.*, 12, pp. 218-222, 1944 (bibliogr.).

94 — Semmola (L.) et Prisco (A.). — Dati statistici e considerazioni medico-legali sulle dermatosi professionali. — *R. infort. e mal. prof. Ital.*, janv.-février 1958, n° 1, pp. 210-223.
95 — Sezary (A.). — La gale des cimentiers devant la clinique et la médecine légale. — *Presse Méd.*, sept. 1941, p. 953.
96 — Sezary (A.). — Classification des dermatoses professionnelles. — *Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 1943, p. 177.
97 — Sidi (E.) et Longueville (R.). — Dermites au ciment. Rôle des sels de chrome. — *A.M.P.*, 1953, t. 14, n° 1, pp. 41-44.
98 — *VI^e Congrès International Accidents et Maladies du Travail.* — Genève, 1931.
99 — Spier (H.W.) et Natzel (R.). — Pathogénie de l'eczéma du ciment. L'eczéma du ciment et la chromato-allergie. — *Arch. Fur. Derm.*, 1952, t. 193, n° 6, pp. 537-550.
100 — Symposium des Dermatoses Professionnelles de Lille, 10-11 juin 1955. Masson, édit., Paris, 1955.
101 — Tara (S.). — L'étio-pathogénie de la gale du ciment à la lumière d'une statistique. — *A.M.P.*, t. 16, n° 4 *bis*, pp. 86-89, 1955.
102 — Temime (P.) et coll. — Etat actuel des essais de désensibilisation des dermites des cimentiers. — *Jour. Nat. de Méd. du Trav. du Bât. et des T.P.*, Marseille, 27-28 mai 1960.
103 — Temime (P.), Jullien (G.) et coll. — Etude de la sensibilité cutanée au chrome chez les travailleurs de deux cimenteries marseillaises. — *Jour. Nat. de Méd. du Trav. du Bât. et des T.P.*, Marseille, 27-28 mai 1960.
104 — Touraine (R.G.), Sourbrier (R.) et Tolot (T.). — Asthme et eczéma concomittants dus au ciment. — *A.M.P.*, t. 18, n° 3, mai-juin 1957, p. 883.
105 — *Traité de la Sécurité Sociale*, tome IV.
106 — *Travail et Sécurité*, août 1960. Institut national de Sécurité.
107 — Wagner (G.). — Analyse de 500 cas d'eczéma de contact allergiques. — *Berufs dermatosen. All.*, 12-1959, n° 6, pp. 307-319 (bibliogr.).
108 — Walsh (E.N.). — Rapport au Conseil de la Santé dans l'industrie : le risque chrome dans l'industrie. — *J.A.M.A.*, n° 153, pp. 1305-8, 1958.
109 — Winston (J.R.) et Walsh (E.N.). — Dermatite due aux chromates chez des cheminots montant des locomotives Diesel. — *J.A.M.A.*, 17 nov. 1957, t. 147, n° 12, pp. 1133-34 (bibliogr.).
110 — Zina (G.). — Chromo-réactivité cutanée et dermatose professionnelle. (Recherches cliniques et expérimentales.) — *Minerva Derm.*, oct. 1956, t. 31, n° 10, pp. 305-318 (bibliogr.).
111 — Zina (G.) et Bonu (G.). — La réactivité cutanée au chrome, nickel et cobalt. — *Minerva Derm.*, fév. 1957, n° 2, pp. 6-61 (bibliogr.).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

LE MEDECIN ET LA MALADIE PROFESSIONNELLE N° 8 15

Le diagnostic :

Bases cliniques 15

Bases paracliniques 16

Une fois établi le diagnostic :

Les certificats 18

L'arrêt de travail 18

Le problème des honoraires 19

Guérison, consolidation et reprise du travail :

Définitions 19

La reprise du travail 20

Ultérieurement 22

CONSEQUENCES POUR LA VICTIME 25

La déclaration 25

Les prestations :

Dans tous les cas 25

Incapacité temporaire 26

Incapacité permanente partielle 27

Reclassement 29

Les litiges :

Procédure générale 33

Contestation du caractère professionnel 36

Contestation relative au taux d'I.P.P. 37

CONCLUSIONS 40

BIBLIOGRAPHIE 47

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.